

Análise das repercussões laborais de portadores de Depressão Unipolar e Bipolar: um estudo transversal

Thiago Tavares Borba Magalhães

RA: 21553046

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Saúde – FACES

Análise das repercussões laborais de portadores de Depressão Unipolar e Bipolar: um estudo transversal

Trabalho de conclusão de curso ao Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), como parte da exigência para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientador: prof. Me. Gustavo Carvalho de Oliveira.

Thiago Tavares Borba Magalhães

RA: 21553046

Um enorme agradecimento ao apoio de todos que deram suporte ao projeto nas mais variadas formas.

À colaboradora, dra. Alessandra Mendonça, muito obrigado pelo suporte e por ceder tão gentilmente o espaço da clínica.

E, finalmente, ao meu querido orientador, dr. Gustavo Oliveira, muito obrigado por ser tão presente quando precisei e tão prestativo. Você deixou tudo mais fácil.

Resumo

4

INTRODUÇÃO: A loucura teve várias representações ao longo da História, assumindo desde um caráter divino até o estigma social, resultando em isolamento e exclusão. Após a Reforma Psiquiátrica, a luta contra a exclusão social ganhou força, mas o estigma histórico em relação à doença mental gerou uma barreira em relação às possibilidades laborais dos indivíduos em adoecimento e se nota possibilidades de trabalho limitadas para pacientes com transtornos de humor atualmente. **OBJETIVO:** Delinear o perfil de capacidade laboral e absenteísmo no trabalho de pacientes portadores de Transtorno afetivo bipolar (tipos I e II) e Depressão Unipolar em acompanhamento ambulatorial regular. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo transversal e descritivo, com coleta de dados em uma clínica de atendimento em psiquiatria do Distrito Federal em que se utilizou um questionário autoaplicável. As análises estatísticas foram realizadas por meio da utilização do software IBM SPSS STATISTICS versão 28. A correlação entre as variáveis foi feita utilizando-se o momento de produto de Pearson e a ordem de posto de Spearman. Foi utilizado o teste-T de amostras independentes para as médias. As razões de risco foram calculadas pelo teste binomial de amostras independentes aplicando-se o teste do qui-quadrado e o teste de Fisher. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 117 indivíduos. O perfil predominantemente encontrado foi: gênero feminino, estado civil casada, da cor parda, com pós-graduação, heterossexuais e com até 20 anos no emprego atual. A maioria da amostra foi composta por professoras. A média afastamento do trabalho foi de 9,9 meses e o período mais frequente de afastamento relacionado ao transtorno de humor foi entre seis meses e um ano. Estresse no trabalho e problemas pessoais foram os principais motivos relacionados aos afastamentos. Estar casado, ter boa relação no trabalho com os colegas ou com a chefia foram fatores de proteção para afastamento laboral de 6 meses a 1 ano; enquanto estar solteiro, gênero feminino, ter a autopercepção de saúde mental como regular e ter orientação sexual não heterossexual foram fatores de risco para esse afastamento. **DISCUSSÃO:** As variáveis biopsicossociais são importantes e devem ser levadas em conta no que diz respeito ao absenteísmo provocado por transtornos psíquicos e na construção de um bom ambiente laboral. O alto nível de escolaridade encontrado discorda da literatura, sendo um viés próprio desta amostra. O tempo de afastamento encontrado e a profissão professor estão em acordo com a literatura científica. A boa relação com colegas e chefias encontradas na análise como protetores de afastamento por transtornos de humor reforçam essa hipótese. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** São necessárias novas pesquisas sobre essa temática, como maior número de participantes e amostra abrangente, envolvendo também os atendimentos na rede pública de saúde. Medidas visando rastreio de adoecimento mental e perspectiva de promoção de saúde mental, com foco na prevenção do adoecimento necessitam ser adotadas nos ambientes laborais, cujo efeito provável é a redução dos afastamentos por adoecimento mental.

Palavras-chave: transtorno de humor, trabalho, licença médica, afastamentos.

Introdução

5

A “loucura”, desde os primórdios do desenvolvimento do ser humano como ser social, desperta curiosidade e temor. As formas de interpretação foram as mais variadas ao longo dos séculos e permitiram que explicações fossem criadas e adequadas a cada época. Na Grécia antiga, os grandes filósofos relacionavam quadros de loucura ao encontro com o divino, porém seu significado mudou no período da Renascença, quando passou a representar o mal (DEL’OLMO e CERVI, 2017).

Na Idade Média, a “loucura” assumiu de vez um estigma social e seus portadores passaram a ter o mesmo destino dos leprosos, vivendo em isolamento social e sem oportunidades de se reintegrar à sociedade (FOUCAULT, 2008). Apenas no século XVIII, o panorama sofreu mudanças, havendo um maior reconhecimento sobre o processo de adoecimento mental, apesar de, por muitas vezes, encarar o doente mental como um “problema social” e “tratá-lo” de uma maneira que fosse mais conveniente à sociedade (FOUCAULT, 1979).

Nesse mesmo período, pela primeira vez é levada em consideração a condição de pessoa do indivíduo, até então nomeado doente mental. Philippe Pinel, diretor de dois hospitais à sua época, iniciou o que chamou de tratamento moral da loucura, aplicando o afastamento das correntes, cuja simples ação já significou evolução no cuidado (GALENDE e KRAUT, 2006). Com observações históricas desde Hipócrates e o novo status de doença mental, iniciaram-se os estudos que levaram à teoria de que convulsões poderiam curar a doença mental, além da teoria antagônica entre epilepsia e esquizofrenia, as quais não poderiam coexistir, resultando em terapêuticas direcionadas a esse fim (GALENDE e KRAUT, 2006).

No século XX, após o surgimento das escolas psicológica e biológica, os tratamentos mudaram e houve, ao final década de 1930, introdução da convulsoterapia através do Cardiazol, da eletroconvulsoterapia e da lobotomia (MIRANDA, 2014). Na década de 1950, em oposição a esse movimento com foco exclusivo no tratamento e após as atrocidades observadas na Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um processo dinâmico e espontâneo de questionamento acerca da efetividade da hospitalização (DIMENSTEIN, 2004). Isso resultou, entre as décadas de 1960 e 1970, na substituição dos mecanismos de controle da instituição sobre o paciente por uma relação linear em que ambas as partes eram vistas como excluídas e excludentes simultaneamente (BASAGLIA, 1970).

Após esse movimento de mudança, fortalecido pela publicação da Lei 180 na Itália em 1978 (SERAPIONI, 2019), também chamada de Lei Basaglia, a reforma psiquiátrica começou a se estabelecer em vários locais do mundo simultaneamente. No Brasil, o início formal da reforma foi estabelecido em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lançou as diretrizes para a formulação de um sistema descentralizado e único, tornando a saúde um dever do Estado, garantindo-se o acesso à saúde e ao tratamento de transtornos mentais, de modo universal e humanizado. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Em 1990, foi elaborada e publicada a Lei nº 8.080/90, que estabelece as diretrizes e normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo novas abordagens em saúde mental, priorizando-se o tratamento extra-hospitalar e abordagens multiprofissionais.

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) modificou a nomenclatura de “doença mental” para “transtorno mental”. Este termo permite que sejam avaliados, a partir desse momento, os conjuntos de sintomas psíquicos e comportamentos que comprometem a saúde de determinado indivíduo, demonstrando um aspecto multifatorial que não se vê com a utilização do termo “doença”.

O tratamento em saúde mental no Brasil ainda enfrenta desafios. O Estado deve garantir que a terapêutica objetive o interesse do paciente, a família deve fornecer ajuda de forma a facilitar a adesão ao tratamento e a sociedade deve ser capaz de perceber as diferenças entre seus componentes e entender que cada cidadão pode contribuir à sua maneira (DEL’OLMO e CERVI, 2017).

O estigma histórico em relação à doença mental produziu um impacto e uma barreira em relação às possibilidades laborais dos indivíduos em adoecimento. Todos estão sujeitos à influência da coletividade, pois não há como ser isento disso no processo de criação da consciência (PASSOS, 2015), o que resulta em uma ideia disseminada coletivamente que pode trazer dificuldades de socialização à pessoa com transtorno mental e prejudicar atividades que são indispensáveis, como o trabalho e a respectiva remuneração, atrapalhando sua inserção e vivência social plena (SOUZA, 2006).

A Reforma Psiquiátrica é um processo dinâmico que já alcançou novo sentido no panorama histórico (GONÇALVES e SENA, 2001). No entanto, impressões históricas, fortalecidas pelo sistema econômico atual, tornam difícil a obtenção de direitos como o trabalho à pessoa com transtorno em igualdade de condições aos demais. A limitação do trabalho por ideias e pensamentos criados pela força histórica inicia um ciclo em que o

indivíduo não pode exercer sua plena cidadania e sofre privação injusta de direitos fundamentais por viver com um transtorno mental.

Há algum tempo, já se sabe que transtornos mentais são entidades nosológicas de características multifatoriais tanto em sua origem quanto em sua abordagem terapêutica (JANSEN et. al., 2014). O conhecimento acerca da natureza multifatorial do quadro favorece à assistência e à resposta da equipe responsável pelo acompanhamento do paciente com transtorno mental (UPTON; SOLOWIEJ e WOO, 2014). Nota-se que o quadro em si pode resultar em complicações relativas à capacidade laboral do indivíduo em crise, esquecendo-se de quando se está clinicamente compensado (CHEN et. al., 2018).

A partir de então, aumentaram-se os estudos acerca dos transtornos de humor predominantes na sociedade moderna. Estudos sobre a depressão mostram a sua etiologia biológica, envolvendo modificações e desequilíbrio em neurotransmissores (BAUMEISTER e HAWKINS, 2004) e, mais à frente, as visões sobre o tema se ampliaram, de modo a ela ser definitivamente encarada e abordada como multifatorial, seja no quadro unipolar quanto na depressão bipolar (MULINARI, 2012).

Atualmente, nota-se que as possibilidades de trabalho para pacientes com transtornos de humor podem ser prejudicadas pela falsa ideia de que todos são incapazes, independentemente do quadro inicial e do acompanhamento profissional de suporte, o que contraria a literatura científica sobre o tema (LOUKINE, 2016 / FERNANDES et. al., 2018 / TREVISAN et. al., 2019). Instituições privadas (SANTOS e BEZERRA, 2017 / SANTOS, 2019) e públicas (EDITAL Nº 1 – PCDF, 2019 / EDITAL nº 1 POLÍCIA FEDERAL, 2018) não mais avaliam a condição psíquica dos possíveis candidatos, tornando a pessoa com transtorno de humor imediatamente inapta a concorrer, representando injustiça social e desigualdade perante outros cidadãos. O presente trabalho busca conhecer o real impacto de incapacidade e absenteísmo no trabalho de pacientes com transtorno de humor em acompanhamento ambulatorial regular.

Justificativa

8

Portadores de transtornos mentais sempre receberam tratamento diferenciado ao longo da história da humanidade e o desconhecimento acerca das patologias promove afastamento social e, conseqüentemente, torna a vida dessa pessoa diferente. A construção social impacta de forma tão negativa que a psiquiatria é uma área da Medicina que ainda lida com situações como agressões físicas, já que há uma despersonalização do paciente em virtude de sua doença (OLIVEIRA et. al., 2013).

A legislação brasileira garante diferentes ações para pessoas com necessidades diversas e protege os direitos de cada cidadão independente de suas particularidades, sejam elas sociais, econômicas, de saúde física ou mental. A licença maternidade, que se trata de um direito conquistado recentemente, existe para permitir “igualdade entre diferentes”, no entanto, não se observa o mesmo cuidado com a pessoa com transtorno mental e, ao contrário, existe uma tendência ao afastamento e exclusão dessas pessoas.

A partir do momento em que transtornos mentais são tratados de maneira diferente de injúrias físicas, a exclusão social torna-se uma consequência (GREENWOOD et. al., 2018) e a sociedade, de forma geral, passa a utilizar o transtorno mental como critério de não aceitação para situações sociais e profissionais (RICHTER e HOFFMANN, 2019). À medida que essa percepção se torna socialmente aceitável, o impacto na vida dos pacientes é grande, pois se traduz em inibição do direito ao trabalho até mesmo por parte do Estado, que deveria garanti-lo, como observado no direito ao trabalhos de pessoas com deficiências físicas (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a condição de portador de transtorno mental em nossa sociedade atualmente implica em dificuldades para iniciar ou manter um emprego. Quando essas diferenças são reforçadas pelo Estado, que deveria garantir a igualdade entre todos os cidadãos reforça-se, assim, o estigma e a exclusão. Esse trabalho procurará compreender o impacto dos transtornos de humor na capacidade laboral dos indivíduos em acompanhamento médico regular. (BRASIL, 1988).

Objetivos

Objetivo geral:

Delinear o perfil de capacidade laboral e absenteísmo no trabalho de pacientes portadores de Transtorno afetivo bipolar (tipos I e II) e Depressão Unipolar em acompanhamento ambulatorial regular.

9

Objetivos específicos:

- a. Identificar características epidemiológicas de pacientes com afastamentos e restrições laborais.
- b. Reconhecer os principais fatores relacionados aos quadros de afastamento ou restrição laboral.
- c. Determinar o tempo médio de ausência do paciente portador de transtorno de humor em seu ambiente de trabalho.
- d. Comparar os dados de afastamentos e restrições laborais dos pacientes desta pesquisa a dados da literatura científica.
- e. Comparar afastamentos e restrições de pessoas não portadoras de transtornos de humor encontrados na literatura científica aos resultados desta pesquisa.
- f. Correlacionar os principais fatores de risco dessa população para licenças e afastamentos do trabalho motivados pelos transtornos de humor.

Fundamentação teórica

A depressão unipolar é um dos quadros psiquiátricos mais prevalentes ao longo da vida e, por sua natureza, um dos mais incapacitantes (SADOCK; SADOCK e RUIZ, 2017). Sua compreensão inicial não se deu por estudos direcionados, mas por deduções feitas a partir de observações clínicas. Por volta de 1950, o uso do fármaco antituberculose Iproniazida, um inibidor da enzima monoamina-oxidase (MAO), despertou curiosidade ao melhorar quadros de depressão grave em um número significativo de pacientes. Em 1965, Joseph Schildkraut postulou a teoria de que as catecolaminas existiam em desequilíbrio no cérebro das pessoas com depressão. Dois anos depois, Alec Coppen complementou a teoria demonstrando a influência da serotonina no processo de desenvolvimento do transtorno depressivo, formulando a teoria das monoaminas (MULINARI, 2012).

Entre as várias características do transtorno, o rebaixamento de humor, a anedonia e o apragmatismo são critérios que podem representar impacto direto e significativo na qualidade de vida e no desempenho laboral do indivíduo (TENG; HUMES e DEMETRIO, 2005), impactando na produtividade não só no ambiente de trabalho como também no ambiente escolar, já que os quadros de depressão existem cada vez mais cedo na sociedade atual (BAHLS, 2002). No entanto, a literatura mostra que os afastamentos laborais em quadros moderados a graves foram antecidos por quadros leves, com grande possibilidade de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental. (FEITOSA e FERNANDES, 2020),

A nova perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde de um indivíduo envolve todas as áreas de sua vida, com abrangência biopsicossocial, e deve-se ressaltar que os ambientes físicos em que se vive e se trabalha e as questões socioculturais que os envolvem são determinantes diretos no processo de adoecimento físico e mental (EVANS-LACKO e KNAPP, 2016). Por esse motivo, estratégias preventivas, como busca ativa no próprio ambiente de trabalho são importantes e efetivas na prevenção e identificação precoce do adoecimento com prevenção do absenteísmo (LAM; MICHALAK e YATHAM, 2009).

O sofrimento psicológico relacionado ao ambiente de trabalho pode ser determinante no processo de descompensação da pessoa com depressão e no afastamento de trabalhadores sem diagnóstico prévio. Assim, intervenções que busquem o alívio do

estresse e promovam reflexões são ferramentas de suporte que trazem vantagens ao trabalhador e ao empregador (LERNER, 2010).

Pessoas com afastamento do trabalho superior a 21 dias podem seguir seis diferentes trajetórias após seu retorno às atividades laborais representadas por: (a) trabalhador que mantém humor elevado e saudável com recuperação total; (b) trabalhador que permanece com o humor oscilante e razoavelmente elevado; (c) trabalhadores que têm rebaixamento gradativo do humor, seja mais lento ou mais acelerado; (d) trabalhador que mantém o humor oscilante, mas consideravelmente rebaixado e, por fim, (e) trabalhador que recai rapidamente mantendo um quadro de depressão grave (FARRANTS et. al, 2018). A literatura mostra que pessoas com quadro depressivo grave, com má resposta aos antidepressivos, presença de sintomas psicóticos, sintomas atípicos e história familiar de bipolaridade podem ter uma depressão bipolar e por isso os profissionais devem estar atentos (MUSLINER e ØSTERGAARD, 2018).

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), o transtorno afetivo bipolar é caracterizado pela presença de, em algum momento da vida, pelo menos um quadro de mania (transtorno bipolar tipo I) ou hipomania (transtorno bipolar tipo II). Na mania, há humor expansivo, redução da necessidade de sono e aumento da energia. A libido está alterada e há excitação psicomotora. O pensamento se torna acelerado, podendo ocorrer fuga de ideias ou mesmo desorganização, refletindo uma pressão por fala, com discurso grandioso, dentre outras alterações psicopatológicas (MORENO; MORENO e RATZKE, 2005).

O estado de mania dura pelo menos 7 dias, enquanto a hipomania apresenta sintomatologia mais branda e dura, no máximo, 4 dias. Ambos são relativamente comuns e deve-se ter atenção ao quadro para realização do diagnóstico, pois, nesses momentos, os portadores do transtorno bipolar não possuem resposta social esperada e possuem pouca percepção do transtorno, sendo essa percepção restabelecida fora das crises, na eutímia (SILVA et. al., 2018).

Em relação à etiologia, estudos recentes indicam que há uma origem genética em que alterações nos genes SOCS, em especial SOCS5, estabelecem a presença do transtorno (KESHAVARZI et. al., 2019). Reforçando a teoria genética, estudos em ratos com comportamento induzido por pressão ambiental similar à bipolaridade demonstram alteração da metabolômica em sangue periférico, o que poderia sugerir diferenças no metabolismo de pessoas eutímicas e portadores de transtorno bipolar (HAGIHARA et. al., 2019).

Há várias implicações na vida da pessoa com transtorno de humor que podem gerar estigma. Durante as crises, as alterações de comportamento específicas do quadro podem gerar constrangimento e exposição, como impulsividade, comportamento suicida, colocar-se em riscos, com queda da produtividade ou mesmo ausência da capacidade laboral (LAGE et. al., 2019).

O absenteísmo da pessoa com transtorno de humor pode ser diminuído com acompanhamento e busca ativa por casos no próprio ambiente de trabalho (KIRAN et. al., 2008). Um programa de triagem é vantajoso para as empresas, já que o empregado portador de transtorno bipolar pode ser precocemente identificado, iniciar tratamento com prevenção de crises, menor absenteísmo e consequente economia de recursos (GRAAF et. al., 2012).

A pessoa com transtorno de humor é funcional em todas as esferas, inclusive a laboral. Com a identificação correta do diagnóstico e a adesão ao tratamento, não há motivos para exclusão dela do mercado de trabalho (MIASSO et. al., 2009). Além disso, estratégias adaptativas que podem diminuir os impactos do transtorno tanto na vida pessoal quanto na vida profissional (TREMBLAY, 2011 / BRIDI et. al., 2018).

Medidas de promoção da saúde mental são formas de amenizar os impactos dos transtornos de humor na vida profissional, com resultados promissores tanto para o paciente quanto para o empregador (SOUZA et. al., 2007). Ainda existe grande estigma relacionado aos transtornos mentais, devido à influência histórica, que impacta diretamente na vida profissional dessa pessoa, reduzindo sua qualidade de vida pessoal e no trabalho (SANTOS, 2013). A capacidade laboral de indivíduos não deve ser baseada em seu quadro psiquiátrico, já que fatores individuais e relacionados à conduta permitem que não haja perda da produtividade (CARDOSO e GALERA, 2009).

Metodologia

13

A presente pesquisa é um estudo transversal, com característica descritiva realizada em indivíduos atendidos em um ambulatório geral de psiquiatria. Os critérios de inclusão são: ser maior de idade, ter um transtorno de humor diagnosticado por psiquiatra e ter um emprego a qualquer momento da vida, ter sido atendido na clínica San Marco e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão são: pacientes com déficit cognitivo documentado e pacientes com limitações importantes de comunicação.

A coleta dos dados foi realizada na clínica San Marco, instituição localizada em Taguatinga, Distrito Federal. Fundada em fevereiro de 2020, o local comporta as especialidades médicas de Endocrinologia, Ginecologia e Ortopedia, bem como Nutrição e Psicologia, porém o maior fluxo de pacientes da clínica é englobado pela Psiquiatria com uma média de dez atendimentos por dia.

Os dados dos pacientes foram coletados usando um questionário desenvolvido por meio de adaptação da literatura (adaptado de CARLOTTO et. al., 2011 e CARVALHO, ARAÚJO e BERNARDES, 2016). O instrumento de avaliação foi um questionário autoaplicável que contemplou aspectos sociodemográficos (sexo, idade, naturalidade, procedência, raça, escolaridade, situação conjugal), aspectos laborais (profissão, tempo no trabalho, tempo de afastamento no trabalho, motivos para afastamento do trabalho, horas semanais trabalhadas, necessidade de readaptação no trabalho, rastreio para transtornos de humor, promoção à saúde mental, outro vínculo trabalhista) e aspectos psicossociais (gênero, orientação sexual, situação geral da saúde autorreferida, capacidade laboral autorreferida, produtividade autorreferida, satisfação no trabalho, relação com pares e chefia, preconceito no ambiente de trabalho).

O questionário básico de 30 itens (QB-30), anexo II, possui nove itens de aspectos sociodemográficos, sendo cinco dissertativas e 4 multi-item, nove escalas de aspectos laborais, sendo uma dissertativa e oito multi-item e doze escalas de aspectos psicossociais, todas multi-item. Cada item das questões objetivas foi adaptado, permitindo ao participante encontrar a resposta que mais se adequa à sua realidade. Foram aplicados questionários em pacientes voluntários no período de 27 de dezembro de 2020 a 28 de fevereiro de 2021, que proporcionaram uma amostra de 117 participantes.

Processamento dos dados: análise estatística multivariada

Os dados foram armazenados em planilha do Microsoft Excel. A análise ocorreu de forma agrupada, com observação exclusiva dos dados e preservando o anonimato dos participantes da pesquisa.

As análises estatísticas foram realizadas por meio da utilização do software IBM SPSS STATISTICS, versão 28.0.0.0(190). A correlação entre as variáveis foi feita utilizando-se o momento de produto de Pearson e a ordem de posto de Spearman. Foi utilizado o teste-T de amostras independentes para as médias encontradas. O valor da significância foi de 0,05 para todas as variáveis. A análise entre as proporções comparativas dos riscos relativos foi realizada pelo teste binomial de amostras independentes aplicando-se o teste do qui-quadrado e o teste de Fisher.

Aspectos éticos

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo se comprometeram, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados. O consentimento foi fornecido pelo paciente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – anexo I –, conforme legislação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram garantidos os princípios éticos da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça, evitando quaisquer danos aos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética local via Plataforma Brasil, com o parecer CAAE número 39429520.8.0000.0023.

Resultados

Dados epidemiológicos e psicossociais

15

Participaram da pesquisa 117 indivíduos, conforme critérios de inclusão, em dias aleatórios em que os pesquisadores estiveram na clínica para a coleta de dados. Entre os participantes, o de menor idade tinha 20 anos e o de maior idade 65 anos, com média de idade registrada de $38 \pm 3,6$ anos.

Dos 117 pacientes, 72 nasceram no Distrito Federal, representando 61,54% dos participantes. Os outros estados de nascimento mais representados foram Goiás com 15 (12,82%), Minas Gerais com 9 (7,69%) e Bahia com 4 (3,42%) participantes

A procedência dentro do Distrito Federal apresentou-se com maior número de pacientes em Brasília com 24 participantes e equivalendo a 20,51% do total. O segundo bairro com maior representatividade foi Ceilândia com 20 participantes (17,09%), seguida por Taguatinga com 10 (8,55%) e Águas Claras com 9 (7,69%). Os bairros com menor número de representantes foram Gama, Park Way e Santa Maria, com 1 participante cada.

A maioria dos participantes foi do sexo feminino, somando 86 participantes e totalizando 73,50%. Em relação à determinação de gêneros, um participante se declarou de gênero não-binário, representando 0,85% do total. As figuras 1 e 2 mostram essa distribuição.



Figura 1 – Distribuição dos participantes por sexo.

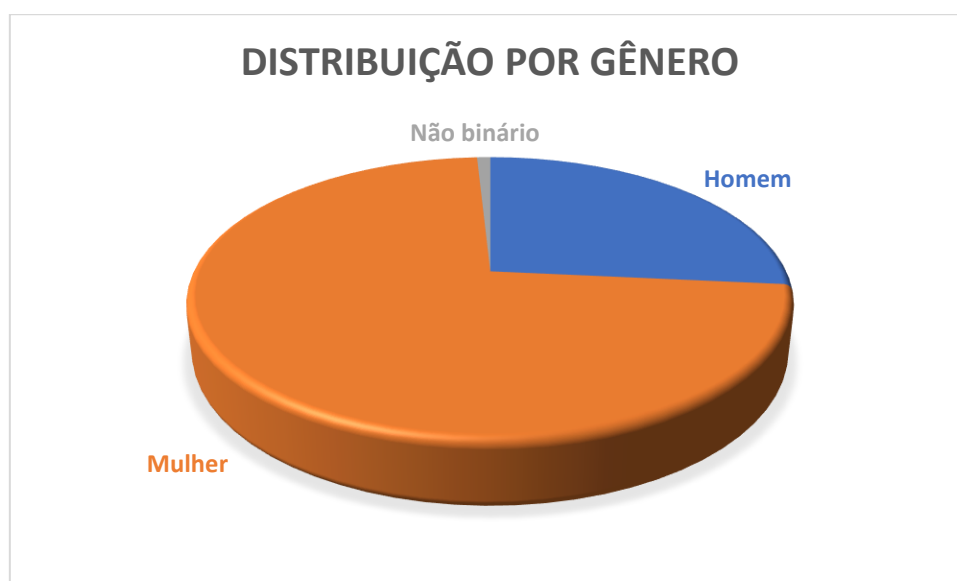


Figura 2 – Distribuição dos participantes por gênero.

Para o total de participantes, os status de casado ou vivendo em união estável foram considerados um grupo só, compondo 61 pacientes (52,14%), outros 46 (39,32%) alegaram ser solteiros e 10 participantes (8,55%) se declararam divorciados.

Na distribuição por cor, 48,72% dos participantes declararam a cor parda, 41,03% declararam a cor branca, 7,69% declararam a cor preta e 2,56% declararam a cor amarela.

O grau de escolaridade foi dividido de acordo com o formato de ensino cronológico que se passa na educação formal, sendo ainda subdivididos em ensino completo, para os que obtiveram aprovação até a última série da etapa educacional, e incompleto para os que não a obtiveram. A maior representatividade foi de participantes com pós-graduação (45 pacientes ou 38,46%), seguidos daqueles que possuem ensino superior completo (39 pacientes ou 33,34%) e ensino médio completo (15 pacientes ou 12,82%). As menores marcas foram determinadas por 2 participantes (1,71%) com ensino médio incompleto e 1 participante (0,85%) com ensino fundamental incompleto.

Em relação à orientação sexual, 101 participantes declararam-se heterossexuais, representando 86,33% do total. Oito pacientes (6,84%) declararam-se bissexuais, 7 (5,98%) homossexuais e 1 (0,85%) declarou-se pansexual. A tabela 1 mostra o perfil sociodemográficos da amostra.

Tabela 01. Resumo da distribuição geral das principais variáveis psicossociais

Tabela de variáveis psicossociais			
Variável	Subdivisões	Valor bruto	Valor relativo
Idade		38 ± 3,6	(34,4 – 41,6)
Sexo	Feminino	86	73,50%
	Masculino	31	26,50%
Cor	Parda	57	48,72%
	Branca	48	41,03%
	Preta	9	7,69%
	Amarela	3	2,56%
Procedência	Brasília	24	20,51%
	Ceilândia	20	17,09%
	Taguatinga	10	8,55%
	Águas Claras	9	7,69%
Situação conjugal	Casado	61	52,14%
	Solteiro	46	39,32%
	Divorciado	10	8,55%
Gênero	Mulher	85	72,65%
	Homem	31	26,50%
	Não binário	1	0,85%
Orientação sexual	Heterossexual	101	86,33%
	Bissexual	8	6,84%
	Homossexual	7	5,98%
	Pansexual	1	0,85%
Escolaridade	Pós-graduação	45	38,46%
	Ens. Superior completo	39	33,34%
	Ens. Médio completo	15	12,82%
	Ens. Superior incompleto	12	10,26%
	Ens. Fundamental incompleto	3	2,56%
	Ens. Médio incompleto	2	1,71%
	Ens. Fundamental completo	1	0,85%

Dados laborais

18

A profissão mais prevalente entre os pesquisados foi a de professor, contemplando 17 pessoas ou 14,54% dos participantes. A segunda profissão mais frequentemente citada foi de servidor público, com 15 pessoas (12,82%), seguida de técnico em enfermagem, somando 6 participantes (5,13%). As profissões de militar, bancário e advogado empataram com 5 representantes cada (4,27%), assim como as profissões de autônomo, enfermeiro e médico tiveram suas marcas iguais de 4 participantes cada (3,43%). Outras profissões foram distribuídas de forma semelhante com um, dois ou três representantes nas mais variadas atividades.

A distribuição do tempo de trabalho se deu predominantemente pelos participantes que mantêm seu posto por até 20 anos (17,95%), seguidos pelos participantes que estão no trabalho atual por até 15 anos (17,09%), seguido pelos participantes que mantêm o emprego atual por 7 anos (10,26%). Foram observados 13 participantes (11,11%) que permanecem no emprego atual por 10 anos e 14 (11,97%) participantes que estão no emprego há menos de um ano.

Foi encontrada uma média de $9,9 \pm 0,7$ meses relativa aos afastamentos do trabalho devido a fatores desencadeados pelo transtorno de humor. O período de maior expressividade absoluta foi o do afastamento entre seis meses e um ano do trabalho, relatado por 22 participantes e correspondente a 18,80% do total. O segundo maior período de afastamento foi descrito por 13 participantes (11,11%) e corresponde ao afastamento de três a seis meses do ambiente laboral. Vinte e três participantes (19,66%) referem nunca ter se afastado do trabalho por motivos relacionados ao transtorno de humor e 14 deles (11,97%) referem afastamento entre sete e quinze dias em todo o período que se encontram no trabalho atual.

Os motivos mais relatados que desencadearam piora do quadro psiquiátrico e levaram aos afastamentos do trabalho devido ao transtorno de humor foram estresse no trabalho e problemas pessoais, referidos por 34 participantes cada ou 29,06% do total de participantes. A dificuldade com a resolução do próprio trabalho levando à necessidade de afastamento também foi mencionada por 12 participantes, representando 10,26%.

Quando se trata do afastamento por motivos de saúde alheios ao transtorno de humor, a média de afastamento foi de $4 \pm 0,4$ meses e o maior período registrado foi de três anos de afastamento, enquanto o menor foi de cinco dias. O período de tempo de afastamento do trabalho mais referido foi o de um a três meses (16 participantes ou

13,68%), seguido pelo período de sete a quinze dias (14 participantes ou 11,97%). Cinquenta e três participantes (45,30%) alegaram nunca ter necessitado de afastamento do trabalho por motivos não relacionados a transtornos de humor.

Dentro das necessidades levantadas pelos pacientes relativas ao ambiente de trabalho, 43 participantes (36,75%) relatam que foi necessária readaptação no trabalho, que significa que foram desenvolvidos meios ou transferências internas para que o empregado pudesse voltar a exercer funções dentro da empresa, porém sem realizar as mesmas tarefas originalmente atribuídas a ele. Paralelamente a isso, foi identificado que 88,89% dos locais de trabalho não realizam rastreio em busca do início de desenvolvimento de transtornos de humor e 92,31% não realizam ações de promoção à saúde mental.

A maioria dos participantes (35,04%) trabalha 40 horas por semana e 7,69% trabalha mais de 60 horas semanais. A segunda jornada de trabalho mais relevante é a demarcada entre 20 e 39 horas semanais, citada por 22,22% dos participantes. Em 19,66% dos casos, o participante possui mais de um vínculo trabalhista.

Em relação à saúde mental, 28 participantes (23,93%) declararam encontrar-se em bom estado de saúde. Ainda nesse espectro, 8,55% declararam estar em muito boa saúde mental e 49 pacientes (41,88%) referem estar em estado regular de saúde mental. Vinte e dois participantes (18,80%) declararam estar com a saúde mental ruim e oito (6,84%) referiram estar em estado muito ruim. A autopercepção da capacidade de trabalho foi descrita como boa por 20,51% dos participantes, bem como muito boa por 17,09% deles. Foi descrita como regular por 33,34% dos participantes, assim como definida como ruim por 17,95% dos participantes e muito ruim por 11,11%.

A produtividade foi declarada como boa por 26,49% dos participantes, muito boa por 14,53% e regular por 29,06%. Em contrapartida, foi declarada muito ruim por 13,68% e ruim por 16,24% dos participantes.

A satisfação com o trabalho foi eleita como boa por 21,37% dos participantes, como muito boa por 15,38% e como regular por 29,91%. Em 21,38% dos casos o participante considerou sua satisfação com o trabalho ruim e em 11,96% como muito ruim. A relação entre colegas de trabalho foi considerada boa por 44,44% dos participantes, muito boa por 32,49% e regular por 14,53%. Apenas 5,98% consideraram a relação entre colegas ruim e 2,56% consideraram muito ruim. A relação com a chefia direta foi considerada boa por 44,44% dos participantes, muito boa por 29,09% e regular

por 18,80%. A relação com a chefia foi considerada ruim por 4,26% e muito ruim por 3,41% dos participantes.

Em relação a aspectos psicossociais que podem influenciar diretamente a saúde mental no ambiente de trabalho, 94,87% dos participantes alegaram não sofrer qualquer tipo de preconceito relacionado à sua cor, enquanto 1,71% o confirma. Quatro participantes (3,42%) afirmaram existir tratamento diferenciado, mas não têm certeza se por causa da cor. Seguindo o mesmo princípio, 19 mulheres, que correspondem a 16,24% dos participantes, referiram sentir preconceito relacionado ao gênero, enquanto 7 participantes (5,98%) referiram sentir tratamento diferenciado, apesar de não terem certeza se o caso é preconceito de gênero. Noventa e um participantes (77,78%) negaram sentir qualquer preconceito relacionado a seu gênero.

No campo orientação sexual, o preconceito no ambiente de trabalho foi negado por 89,74% dos participantes. Seis participantes (5,14%) alegaram sofrer preconceito relacionado à orientação sexual no trabalho e um participante mencionou ser tratado diferente, mas não tem certeza se o motivo é preconceito por orientação sexual. Nessa esfera, ainda há 5 participantes (4,26%) que afirmaram que os colegas não sabem de sua orientação sexual no ambiente de trabalho.

Em relação ao preconceito sofrido no ambiente de trabalho relacionado à existência do transtorno de humor, 27 participantes (23,08%) alegaram não sofrer qualquer tipo de preconceito. Em oposição, 45 participantes (38,46%) afirmam sofrer preconceito no ambiente de trabalho. Em 10,26% dos casos, o participante afirma ser tratado de maneira diferente, mas não tem certeza se o motivo é de fato o transtorno de humor e 28,20% afirmaram que o transtorno de humor não é de conhecimento das pessoas no ambiente de trabalho. As tabelas 02, 03 e 04 compilam os dados gerais desta pesquisa.

Tabela 02. Resumo da distribuição geral das principais variáveis laborais

Tabela de variáveis laborais			
Variável	Subdivisão	Valor bruto	Valor relativo
Profissões	Professor	17	14,53%
	Servidor público	15	12,82%
	Tec enf	6	5,13%
	Militar	5	4,27%
	Bancário		
	Advogado		
	Autônomo	4	3,42%
	Enfermeiro		
	Médico		
Tempo no trabalho	Até 20 anos	21	17,95%
	Até 15 anos	20	17,09%
	7 anos	12	10,26%
	10 anos	13	11,11%
	< 1 ano	14	11,97%
Afastamentos por transtorno de humor	6 meses a 1 ano	22	18,80%
	3 a 6 meses	13	11,11%
	1 a 3 meses	12	10,26%
	Nunca se afastou	23	19,66%
	7-15d	14	11,97%
Motivos do afastamento	Estresse no trabalho	34	29,06%
	Problemas pessoais	34	29,06%
	Dificuldades com o trabalho	12	10,26%
Afastamentos por outros motivos	1 a 3 meses	16	13,68%
	7 a 15 dias	14	11,97%
	15 dias a 1 mês	11	9,40%
	Nunca se afastou	53	45,30%
Rastreio de transt de humor	Não	104	88,89%
	Sim	13	11,11%
Promoção à saúde mental	Não	108	92,31%
	Sim	9	7,69%
Horas semanais trabalhadas	40 horas	41	35,04%
	20-39 horas	26	22,22%
	>60 horas	9	7,69%

Mais de um vínculo	Não	94	80,34%
	Sim	23	19,66%

Tabela 03. Resumo da Distribuição geral das variáveis saúde mental autodeclarada, produtividade e satisfação com o trabalho.

Saúde mental, produtividade e satisfação			
Variável	Definição	Valor bruto	Valor relativo
Saúde Mental autodeclarada	Muito boa	10	8,55%
	Boa	28	23,93%
	Regular	49	41,88%
	Ruim	22	18,80%
	Muito ruim	8	6,84%
Capacidade de trabalho autodeclarada	Muito boa	20	17,09%
	Boa	24	20,51%
	Regular	39	33,34%
	Ruim	21	17,95%
	Muito ruim	13	11,11%
Produtividade	Muito boa	17	14,53%
	Boa	31	26,49%
	Regular	34	29,06%
	Ruim	19	16,24%
	Muito ruim	16	13,68%
Satisfação com o trabalho	Muito boa	18	15,38%
	Boa	25	21,37%
	Regular	35	29,91%
	Ruim	25	21,38%
	Muito ruim	14	11,96%

Tabela 04. Resumo da Distribuição geral da percepção do ambiente de trabalho.

Percepção do ambiente de trabalho			
Variável	Definição	Valor bruto	Valor relativo
Relação com os colegas	Muito boa	38	32,49%
	Boa	52	44,44%
	Regular	17	14,53%
	Ruim	7	5,98%
	Muito ruim	3	2,56%

Relação com a chefia imediata	Muito boa	34	29,09%
	Boa	52	44,44%
	Regular	22	18,80%
	Ruim	5	4,26%
	Muito ruim	4	3,41%
Percepção de preconceito por cor	Sim	2	1,71%
	Não	111	94,87%
	Talvez	4	3,42%
Percepção de preconceito por gênero	Sim	19	16,24%
	Não	91	77,78%
	Talvez	7	5,98%
Percepção de preconceito por orientação sexual	Sim	6	5,14%
	Não	105	89,75%
	Talvez	1	0,85%
	Não sabem	5	4,26%
Percepção de preconceito devido ao transtorno de humor	Sim	45	38,46%
	Não	27	23,08%
	Talvez	12	10,26%
	Não sabem	33	28,20%

Visando identificar os fatores associados ao tempo de afastamento laboral mais frequente (entre 6 meses e 1 ano), foi realizada uma análise estatística para esse grupo e as variáveis possivelmente associadas. O momento de produto de Pearson e a ordem do posto de Spearman calculados permitiram a utilização da hipótese zero em detrimento da hipótese variável. Foi calculada a proporção dentro da amostra obtida para o período de afastamento por transtorno de humor entre 6 meses e 1 ano ($P = 22/95 = 0,23$). Foram calculadas ainda as proporções de cada variável dentro da amostra obtida (Tabela 05) e o nível de significância adotado para cada uma das comparações foi de 0,05. O software IBM SPSS STATISTICS forneceu os cálculos do risco relativo, da razão de chances (Odds-Ratio) e do p-valor para cada uma das comparações, conforme demonstrado na tabela 05 abaixo.

Tabela 05. Resumo do risco relativo, Odds-Ratio e p-valor para comparação entre as variáveis investigadas e o tempo de afastamento entre 6 meses e 1 ano.

Principais variáveis x Tempo de afastamento de 6 meses a 1 ano				
Variável	Proporção	Razão de riscos	Odds-Ratio	p-valor
Casado	0,08	0,35	0,047	< 0,05
Solteiro	0,65	2,83	0,047	< 0,05
Saúde mental regular	0,72	3,13	8,6	< 0,05
Até 20 anos no trabalho	0,22	0,96	1,12	< 0,05
Até 15 anos no trabalho	0,2	0,87	1,12	< 0,05
Boa relação com colegas de trabalho	0,80	0,35	0,29	< 0,05
Boa relação com a chefia	0,80	0,35	0,29	< 0,05
Orientação sexual não heterossexual	0,56	2,44	4,26	< 0,05
Gênero feminino	0,29	1,26	1,37	< 0,05

Em 22,95% dos casados o período de afastamento mais registrado devido ao transtorno de humor foi entre 6 meses e 1 ano de licença. A razão de riscos encontrada foi de 0,35 e demonstrou que o estado civil casado é fator de proteção para o período de afastamento mais encontrado na pesquisa. Entre os solteiros, a razão de riscos encontrada foi de 2,83 e mostrou que esse estado civil confere fator de risco para o período de afastamento entre 6 meses e 1 ano devido ao transtorno de humor. Foi observada diferença estatística entre as variáveis analisadas.

Em relação à saúde mental autodeclarada, a maioria dos participantes indicou saúde mental regular entre os participantes da pesquisa. A razão de riscos desse grupo foi de 3,13 e a autodeclaração de saúde mental como regular representa fator de risco para a licença médica por um período entre 6 meses e 1 ano de afastamento.

Os participantes dos dois grupos com maior permanência no trabalho atual não apresentaram diferença estatística e representam juntos a maioria dos afastamentos por transtornos de humor. A razão de riscos foi de 0,96 para os empregados com até 20 anos no mesmo emprego e 0,87 para os empregados com até 15 anos no trabalho atual e demonstra que estar por um período de até 15 ou 20 anos no mesmo ambiente laboral é fator de proteção para licenças médicas relacionadas ao transtorno de humor nos participantes dessa pesquisa.

As relações com os colegas de trabalho com hierarquia semelhante e com a chefia foram consideradas boas pela maioria dos participantes (44,44%) e obtiveram o mesmo

número de registros entre os participantes. A razão de riscos para ambas as relações foi de 0,35 e boas relações com colegas de trabalho e com a chefia conferiram fator de proteção nesse cenário. Por outro lado.

Entre os participantes da pesquisa, cinco declararam sofrer preconceito no trabalho devido a sua orientação sexual, representando 60% daqueles com orientação sexual não heterossexual. A razão de riscos relacionada ao preconceito no trabalho por orientação sexual foi de 2,44 e conferiu fator de risco para esse grupo na amostra coletada, contudo a razão de chances estabelecida enfraquece estatisticamente o dado encontrado.

A razão de riscos encontrada ligando preconceito de gênero com o risco de afastamento do trabalho devido ao transtorno de humor por período entre 6 meses e 1 ano foi de 1,26 e demonstra, portanto, que ser mulher implica em fator de risco para licenças médicas no universo da pesquisa.

Discussão

Variáveis psicossociais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1986), tratando-se de bem multifatorial de cada indivíduo. O absenteísmo no trabalho, da mesma forma, trata-se de problema multifatorial (FERREIRA et al, 2012) que deve ser abordado de múltiplos ângulos, uma vez que se sabe que a autopercepção pode ser alterada pelas enfermidades psíquicas e, consequentemente, influenciar o tempo de afastamento do trabalho (HANEBUTH; MEINEL; FISHER, 2006 / KIVIMÄKI et al, 2003).

Todas as variáveis biopsicossociais são importantes e devem ser levadas em conta no que diz respeito ao absenteísmo provocado por transtornos psíquicos, incluindo os transtornos de humor, já que sua presença no afastamento laboral pode influenciar a percepção do ambiente pelo próprio paciente e levar ao atraso na evolução benigna de quadros físicos e psicológicos (BENZONI, 2018) em que o trabalhador cria uma dinâmica psíquica complexa que regula a aversão que surge pelo trabalho com a submissão às regras da empresa e a necessidade de se manter o vínculo trabalhista (BORSONELLO, 2002).

Os principais dados levantados e descritos na pesquisa foram compilados na Tabela 1 e estão descritos a seguir. Concordando com Cavalheiro e Tolfo (2011) e Shin et al (2018), a média de idade encontrada foi de $38 \pm 3,6$ anos, com a maioria dos participantes da pesquisa com idade entre 30 e 45 anos (47,86%) como descrito por Oliveira et al (2019). A maioria dos pacientes entrevistados nasceu no Distrito Federal e a procedência coincidiu com a literatura, predominando a partir da capital Brasília (FEITOSA e FERNANDES, 2020).

De acordo com a literatura, tanto a depressão unipolar (FLECK et al, 2003 / DANIELSSON et al, 2017 / OLIVEIRA et al, 2019) quanto a bipolar (DELL'OSSO; CAFARO e KETTER, 2021) são predominantes no sexo feminino, sendo a prevalência dessa última de 0,5-2,1% na população geral (DELL'AGLIO et al, 2013). A predominância por sexo encontrada na pesquisa está de acordo com esses dados, já que 73,50% dos participantes corresponde ao sexo feminino.

O casamento pode ser entendido em algumas literaturas como fator de proteção para transtornos de humor, em especial a depressão (MAIER e PRIEST, 2016). No entanto, o equilíbrio entre as partes dentro do casamento pode ser um bom preditor da presença de transtornos de humor instalados (KOUROS; PAPP; CUMMINGS, 2008 / WEISSMAN; MARKOWITZ; KLERNAN, 2000). A forma como cada indivíduo percebe a falta de equidade dentro de um casamento por pode ser interpretada como justiça, a qual confere fator de proteção, ou como desequilíbrio no poder interno, que se coloca como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos de humor (COUSSEAU, 2019). O casamento atua como variável importante, mas com conclusões variáveis em relação à sua influência no absenteísmo causado pelos transtornos de humor.

A literatura demonstra uma relação inversamente proporcional entre escolaridade e a prevalência de transtornos de humor (CHYCZIJ, 2020 / BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016 / CUNHA; BASTOS; DEL DUCA, 2012 / LIMA, 1999). Contudo, os graus de escolaridade com mais anos de estudo foram predominantes entre os participantes da pesquisa. Esse dado pode indicar que o público selecionado talvez não reflita a população geral, já que se trata de amostra coletada em clínica particular com pacientes, em geral, empregados e com maior escolaridade.

Variáveis laborais

27

Atualmente, o ato de dispensar muito tempo ao trabalho passou a ser visto com normalidade e o ambiente de trabalho proporciona o surgimento de inúmeras variáveis com poder de influenciar diretamente a saúde mental de um indivíduo (ALCÂNTARA e ASSUNÇÃO, 2016 / MAGNAN et al, 2020). Surgem então na contemporaneidade novas dinâmicas de grupo e individuais voltadas ao trabalho, à sua cultura organizacional e à vida pessoal do trabalhador que o permeia (LUCZINSKI e EWALD, 2016 / BIANCHI, 2018). Para que isso ocorra de forma saudável, cada pessoa desenvolve estratégias de enfrentamento individuais que conduzem sua saúde mental a um estado de equilíbrio com o meio (MATTOS, 2016), permitindo ao trabalhador uma vida mais confortável.

Nessa pesquisa, a profissão de professor apresenta a maior expressividade com 17 participantes, representando 14,53% do total. Esse grupo em específico possui relevância, uma vez que a literatura demonstra muitos afastamentos na classe por dor crônica e transtornos de humor (GABANI et al, 2018). Estes, quando associados a conflitos internos relacionados à volta ao ambiente de trabalho (MACAIA e FISCHER, 2015), apontam a importância de uma adaptação da dinâmica institucional durante a reabilitação do profissional afastado para que a volta ao trabalho seja efetiva e definitiva (SILVA e SIME, 2019).

A profissão de servidor público aparece em segundo lugar, representada por 15 participantes ou 12,82% do total. A literatura corrobora o achado quando mostra que afastamentos por déficit de saúde mental no setor público representam até 3% do absenteísmo e a presença de equipe multidisciplinar voltada à saúde mental pode diminuir os gastos relacionados a licenças médicas (BASTOS et al, 2018).

A terceira maior incidência entre as profissões foi a de técnico em enfermagem com 6 participantes, representando 5,13% do total. Santana et. al. (2020) mostram que essa classe de trabalhadores está especialmente sujeita a grandes pressões diárias, que podem aumentar o risco do profissional em manifestar quadros de transtornos de humor, em especial a depressão.

A média de tempo de permanência no trabalho atual é de $9,6 \pm 0,6$ anos e a maioria dos participantes ingressou no trabalho atual há cerca de 15 (17,09%) a 20 anos (17,95%), permitindo bom conhecimento referente à dinâmica laboral de seu ambiente de trabalho atual. Delclòs et al (2010) afirmam que o tempo médio de licença médica devido a transtornos de humor é de cerca de 5,6 meses. Em semelhança à literatura, vinte e dois

participantes (18,80%) necessitaram de afastamento entre 6 meses e 1 ano e 13 (11,11%) se afastaram por período de 3 a 6 meses.

Tratando-se de afastamentos por outros motivos de saúde, os períodos de afastamento mais encontrados foram de 1 a 3 meses (13,68%), de 15 dias a 1 mês (9,40%) e de 7 a 15 dias (11,97%). Heylmann, Ascari e Schafnunes (2015) determinaram predominância de quatro dias no período de afastamento por motivos diversos, enquanto Grandi et al (2019) encontraram afastamentos médios de 8,788 dias. Ambos os estudos corroboram os achados referentes a afastamentos por motivos de saúde não relacionados a transtornos de humor.

Os principais motivos alegados pelos participantes da pesquisa responsáveis pela descompensação do quadro de transtorno de humor e que levou à necessidade de licença médica foram o estresse no trabalho, resultado semelhante ao da literatura (LIMA, ASSUNÇÃO e BARRETO, 2015), e o surgimento de problemas pessoais de difícil manejo, cada um compondo 29,06% do total. Em segundo lugar, foram citadas dificuldades relacionadas ao desenvolvimento do próprio trabalho, somando 10,26%. Nesse aspecto, o ambiente de trabalho pode atuar como fator de risco para o afastamento por transtornos de humor, uma vez que formas estoicas e pouco flexíveis de controle por parte do empregador ou da chefia imediata estão relacionadas a reações de estresse e inibição das estratégias de enfrentamento culminando em maior taxa de absenteísmo (KARASEK e THEÖRELL, 1990).

A maioria dos participantes refere que seu trabalho não possui políticas para rastreio inicial do desenvolvimento de transtornos de humor nem tampouco políticas de promoção à saúde mental do trabalhador. Esses empregadores dispensam ferramenta importante no combate ao absenteísmo relacionado aos transtornos de humor, pois ações de promoção de saúde mental no trabalho são descritas na literatura como potente contribuição para que o trabalhador melhore a sua autopercepção de saúde mental e das manifestações de seu transtorno de humor (se conhecido e diagnosticado), além de estabelecer ambiente de trabalho coletivo mais livre de adoecimento mental (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2018). A ausência dessas ações preventivas aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos de humor por parte dos empregados, pois são consideradas pela literatura atual os principais métodos redutores de absenteísmo por transtornos de humor (GASS, DEXHEIMER e LAWISCH, 2017).

Um pequeno grupo trabalha mais de 60 horas semanais (7,69%) e há outro importante grupo que apresenta mais de um vínculo trabalhista, representado por 19,66%

do total. Ambos os grupos, apesar de não serem muito expressivos numericamente, são destacados na literatura atual como grupos em risco de iniciar um quadro de transtorno de humor ou retornar ao quadro após estabilização (NASCIMENTO, 2003 / REIS e LA ROCCA, 2003 / QUINELATO et al, 2020) e merecem atenção especial por parte do setor empregador para reduzir o número de licenças desnecessárias e evitáveis.

Percepção do ambiente de trabalho, capacidade laboral e satisfação profissional

29

A saúde mental, espelhada no próprio conceito de saúde, atualmente é vista como resultado de ações multifatoriais que envolvem componentes biopsicossociais. É importante que se conheça o maior número de variáveis relacionadas ao trabalho, pois o correto uso de métodos direcionados à melhoria do ambiente e a melhor administração de recursos humanos tornam o ambiente de trabalho mais ameno e impactam diretamente no incremento da qualidade de vida no trabalho, sendo essa fator de proteção contra o início ou retorno aos quadros de transtornos de humor (DE MARCO et al, 2008), em especial na depressão bipolar (POST, 2020).

A maioria dos participantes da pesquisa declarou estar com saúde mental regular (41,88%). A razão de riscos desse grupo foi de 3,13 e a autodeclaração de saúde mental atua como fator de risco para a necessidade de licença médica. Nota-se que a própria percepção de saúde mental pode indicar necessidade de afastamento, mas não se trata de único determinante e pode ser influenciada pelo próprio ambiente de trabalho que confere mais ou menos liberdade ao empregado (CODO et al, 2020).

A produtividade, por sua vez, se trata de avaliação objetiva uma vez que é medida por mecanismo de avaliação do próprio trabalho ou da chefia direta. Nesse quesito, predominaram os participantes com produtividade regular (29,06%) ou boa (26,49%). Percebe-se que, apesar dos participantes autodeclararem saúde mental regular, sua produtividade foi registrada como regular ou boa, demonstrando nenhum prejuízo na avaliação final comparada a trabalhadores não portadores de transtornos de humor (SOUZA, VIEIRA e CUNHA, 2020).

Atualmente, o bom estado de saúde mental no trabalho é altamente relevante nos ambientes de alta competitividade e cobrança que se instalam gradativamente. Esse ambiente é responsável por gerar cobranças e instalar uma percepção distorcida do local e do próprio trabalho pelo empregado a depender do nível de exigência, levando os transtornos mentais, incluindo os transtornos de humor, a marcarem presença entre as

principais causas de aposentadoria por invalidez na contemporaneidade (SANTOS et al, 2012) com impactos financeiros e pessoais para o Estado e, em especial, para o trabalhador (SANDI e HERINGER, 2001).

Percepção do ambiente de trabalho

A relação tanto com os colegas de trabalho com hierarquia semelhante quanto com a chefia foi considerada boa pela maioria dos participantes (44,44%). Em ambos os casos, a boa relação conferiu fator de proteção relacionado ao afastamento do ambiente de trabalho por um período entre 6 meses e 1 ano. Esse aspecto analisado na pesquisa é relevante para o público avaliado, pois estratégias abusivas por parte da chefia imediata atualmente têm sido cada vez mais normalizadas e justificadas pela busca do resultado, porém a literatura aponta esse comportamento como fator de risco para início ou retorno a quadros psicopatológicos (FEIJÓ et al, 2017) e nos seus casos mais extremos está diretamente relacionado ao adoecimento mental no trabalho (MESQUITA et al, 2017).

Entre os participantes da pesquisa, apesar da fraca relevância estatística, a orientação sexual conferiu fator de risco para licenças de saúde. A sexualidade é importante variável, pois pode indicar fator ambiental de risco para início ou retorno a um quadro de transtorno de humor. O preconceito às sexualidades não heterossexuais é estabelecido socialmente, o que torna comum o assédio moral pela sua prática no ambiente de trabalho (SANTINI; TOSTA; NUNES, 2018). A forma predominante do homem como representante do macho da espécie, estabelecida ao longo dos séculos, impõe comportamentos de domínio, que acabaram por ser validados no mercado de trabalho e pessoas que saem desse padrão – homens efeminados e mulheres – são desvalorizadas e prejudicadas sem que exista um sentimento de injustiça formado no ambiente (CAPRONI NETO e SARAIVA, 2018) e situações de preconceito, homofobia ou qualquer outra discriminação podem levar constantemente a perdas de oportunidades de ascensão profissional (SIQUEIRA et al, 2009), favorecendo quadros de estresse, tristeza e desesperança, fatores de risco conhecidos para desequilíbrio nos quadros de transtorno de humor.

Esse tipo de preconceito é conhecido e instalado socialmente, permitindo sua manifestação na forma de assédio moral no trabalho (CAPRONI NETO e SARAIVA, 2018). Em muitos casos, o trabalhador percebe o adoecimento, mas a cultura de assédio instalada promove o adiamento da busca por ajuda e, quando o faz, o quadro de

adoecimento já se encontra instalado ou avançado (VALENÇA e ALENCAR, 2018), impactando em maiores taxas de absenteísmo que poderiam ser evitadas.

O preconceito devido ao gênero foi reportado por 16,24% dos participantes e 5,98% afirmam receber tratamento diferenciado, apesar de não terem certeza se o gênero é a causa. Todas as manifestações de preconceito de gênero na pesquisa foram realizadas por mulheres, em acordo com a literatura atual que demonstra que a mulher enfrenta situações de dupla ou tripla jornada de trabalho e, no ambiente de trabalho formal, ainda costuma receber menos pelos mesmos serviços prestados (PEREIRA e LIMA, 2017).

O preconceito contra o gênero feminino foi considerado fator de risco de afastamento do trabalho devido ao transtorno de humor por período entre 6 meses e 1 ano, corroborando com a literatura que afirma que situações de pressão e sensação de injustiça são mais frequentes com mulheres no ambiente de trabalho promovendo desequilíbrio do bem estar biopsicossocial (SIQUEIRA e SAMPARO, 2017), que permite o início ou retorno aos transtornos de humor, e explicando em parte sua maior incidência no gênero feminino.

A percepção do preconceito no trabalho relacionado à presença do transtorno de humor foi confirmada por 38,46% dos participantes. Os que alegaram não sofrer qualquer preconceito somam 23,08% e aqueles que disseram que seu transtorno de humor não é conhecido no trabalho contam com 28,20%. Em 10,26% dos casos, o participante alegou sentir ser tratado de forma diferente, mas não consegue precisar se o motivo é a existência do transtorno.

A saúde mental possui pouca proteção legal relacionada à sua existência no ambiente laboral. Enquanto doenças orgânicas possuem definições e prerrogativas que protegem seus portadores de maneira efetiva (MACHADO e GOMES, 2020), a saúde mental possui pouco embasamento legal e o portador de transtornos de humor, em vários momentos, se vê desamparado. É notório que a própria ausência de preocupação com requisitos da saúde mental poderia ser considerada preconceituosa por parte dos Poderes Legislativo e Judiciário. Cavalheiro e Tolfo (2011) demonstram que esse preconceito instalado na sociedade geral se converte no ambiente de trabalho na forma de incompreensão com a necessidade de afastamentos, mesmo que por curtos espaços de tempo. Como consequência, as faltas já iniciam o processo de visibilidade dentro da empresa e o curso das necessidades do trabalhador com transtorno de humor evidenciam a falta de capacidade das empresas em lidar com as questões de saúde mental, podendo ter como desfecho até mesmo a demissão (FREITAS et al, 2012).

Considerações finais

32

Nesta pesquisa, tempo médio de afastamento dos participantes da pesquisa devido aos transtornos de humor foi $9,9 \pm 0,7$ meses e a duração do período de afastamento mais frequente foi entre 6 meses e 1 ano de licença médica. O estado civil de solteiro confere maior risco de afastamento do que o de casado. O fato de o trabalhador se encontrar por muito anos no mesmo ambiente de trabalho não foi visto como risco para retirada de mais licenças devido ao transtorno de humor. Os principais fatores relacionados ao início ou retorno ao quadro do transtorno de humor foram estresse no trabalho e problemas pessoais de manejo complicado.

Não foram identificados métodos de rastreio de transtornos de humor na maioria dos ambientes laborais dos participantes, assim como não se observou implementação da cultura de promoção à saúde mental. A maioria dos participantes autodeclarou saúde mental regular e produtividade no trabalho classificada como regular ou boa. A relação tanto com colegas de trabalho de mesma hierarquia quanto com a chefia foi considerada boa pela maioria. Os preconceitos relacionados à orientação sexual e gênero foram registrados e conferiram fator de risco para os afastamentos.

São necessárias novas pesquisas sobre essa temática adotando algumas medidas, como maior número de participantes e amostra abrangente, envolvendo também os atendimentos na rede pública de saúde.

Medidas visando rastreio de adoecimento mental e perspectiva de promoção de saúde mental, com foco na prevenção do adoecimento necessitam ser adotadas nos ambientes laborais, cujo efeito provável é a redução dos afastamentos por adoecimento mental.

Limitações da pesquisa

O número de participantes ($N = 117$) foi relativamente baixo quando se observa toda a população do Distrito Federal e o público específico de uma clínica privada, com

amostra de conveniência, com características sociodemográficas distintas em relação à população geral, reduzem a validade externa do estudo e sua potencial replicação geral. Embora tenham sido organizados de maneira bastante objetivas nesta pesquisa, questionários autoaplicáveis podem trazer alguma distorção na informação, influenciada pela própria percepção do participante.

Conflito de interesses

Os autores, declaram que não houve financiamento e nem conflito de interesses nesta pesquisa.

Referências

ALCÂNTARA, M. A. e ASSUNÇÃO, A. A. **Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, ISSN: 2317-6369 (online), 2016.

ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. Centro de documentação do Ministério da Saúde, p. 430, 1987.

BAHLS, S-C. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes.** J Pediatr do Rio de Janeiro, 78 (5): 359-66, 2002.

BASAGLIA, F. **La institución de la violencia. In La institución negada.** Informe de un hospital psiquiátrico [The Denial of the Institution. Report of a Psychiatric Hospital], pp. 129-169, 1970.

BASTOS, M. L. A. et al. **Sick leaves by mental disorders: case study with public servants at an educational institution in Ceará, Brazil.** Rev Bras Med Trab, 16(1): 53-59, 2018.

BAUMEISTER A. A., HAWKINS M. F. **The serotonin hypothesis of schizophrenia: a historical case study on the heuristic value of theory in clinical neuroscience.** Journal for the History of the Neurosciences 13(3): 277–291, 2004.

BENZONI, P. E. **Stress Influence on Sick Leave by Musculoskeletal Disorders.** Revista Interinstitucional de Psicologia, 11(2): 294-305, 2018.

BIANCHI, E. M. P. G. **Meaning of work for managers in the Brazilian contemporary business context.** RAM, 19(5): eRAMG180046, 2018.

BIASOLI, T. R.; MORETTO, M. C; GUARIENTO, M. E. **Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações.** Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 25(1): 1-10, 2016.

BORSONELLO, E. C. et al. **A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos.** Psicol. cienc. prof., 22(3): 32-37, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal** de 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução CNS 196/196; 1997.

BRIDI, K. P. B. et. al. **Differences in coping strategies in adult patients with bipolar disorder and their first-degree relatives in comparison to healthy controls.** Trends Psychiatry Psychother, 40(4): 318-325, 2018.

CAPRONI NETO, H. L e SARAIVA, L. A. S. **Masculinidades, Trabalho e Reprodução de Preconceitos: Um Estudo com Trabalhadores Gays, Lésbicas e Bissexuais.** Revista de Administração IMED, 8(1): 191-215, 2018. ISSN 2237-7956

CARDOSO, L. e GALERA, S. A. F. **Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico.** Rev Esc Enferm USP, 43(1): 161-167, 2009.

CARLOTTO, M. S. et. al. **Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 19 (2): 172-178, 2011.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. **Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.** Rev Bras Saude Ocup, 41(17): 1-13, 2016.

CAVALHEIRO, G e TOLFO, S. R. **Labor and depression: a study with professionals away from the workplace.** Psico-USF, 16(2): 241-249, 2011.

CHEN, C. et. al. **Impaired visual, working, and verbal memory in first-episode, drug-naïve patients with major depressive disorder in a Chinese population.** PLoS ONE 13(4): e0196023, 2018.

CHYCZIJ, F. F. et al. **Prevalence of depression, anxiety, and stress in patients of a family health unit in northern Portugal.** Revista de Enfermagem Referência, série V, 2(e19094): 1-6, 2020. DOI: 10.12707/RIV19094

CODO, W. et al. **Saúde mental e trabalho no serviço público.** LTr Editora Ltda, 1ª edição, capítulo 1, p: 29-30, 2020.

COUSSEAU, J. **Sintomas depressivos e relacionamentos conjugais: uma revisão sistemática da literatura.** Trabalho apresentado como requisito parcial para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, Universidade de Caxias do Sul, 2019.

CUNHA, R. V; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.** Rev. bras. epidemiol., 15(2): 346-354, 2012.

DANIELSSON, L. et al. **Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders.** BMC Public Health., 17(1): 472, 2017. DOI: 10.1186/s12889-017-4388-3

de humor.

DE MARCO, P. F. et al. **O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional.** J. Bras. Psiquiatr., 57(3): 178-183, 2008.

DEL'OLMO, F. S e CERVI, T. M. D. **Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil.** Sequência (Florianópolis), n. 77, p. 197-220, 2017.

DELCLÒS J. et al. **Duration of non work-related sickness absence by clinical diagnosis.** Arch Prev Riesgos Labor., 13(4): 180-7, 2010.

DELL'AGLIO JR., J. C. et al. **Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies.** Trends Psychiatry Psychother., 35(2): 99-105, 2013.

DELL'OSSO, B.; CAFARO, R.; KETTER, T. A. **Has Bipolar Disorder become a predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies.** Int J Bipolar Disord, 9:3, 2021. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00207-z>

DIMENSTEIN, M. A **Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência.** Psicologia ciência e profissão, 24(4): 112-117, 2004.

EVANS-LACKO, S.; KNAPP, M. **Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 51: 1525–1537, 2016.

FARRANTS, K. et. al. **Work Disability Trajectories Among Individuals with a Sick-Leave Spell Due to Depressive Episode \geq 21 Days: A Prospective Cohort**

Study with 13-Month Follow Up. Journal of Occupational Rehabilitation, 28: 678–690, 2018.

FEIJÓ, C. S. et al. **As consequências do assédio moral na saúde de um trabalhador do ramo bancário gaúcho.** I Congresso sobre riscos psicossociais e saúde nas organizações e no trabalho, 2017.

FEITOSA, C. D. A. e FERNANDES, M. A. **Afastamentos laborais por depressão.** Rev. Latino-Am. Enfermagem; 28:e3274, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3634.3274

FEITOSA, C. D. A.; FERNANDES, M. A. **Afastamentos laborais por depressão.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 28: e3274, 2020.

FERNANDES, M. A. et. al. **Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores: estudo sobre os afastamentos laborais.** Rev Esc Enferm USP. 2018; 52:e03396

FERREIRA, R. C. et al. **A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff.** Rev Saúde Pública, 46(2): 259-68, 2012.

FLECK, M. P. A. et al. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral).** Revista Brasileira de Psiquiatria, 25(2): 114-122, 2003.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio do século XIX.** Traduzido por Denize Lezan de Almeida, 1979.

FOUCAULT, M. **Introduction à L’anthropologie.** Librairie Philosophique J. Vrin 6, Place de la Sorbonne, 2008.

FREITAS, J. G. et al. **Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho.** Rev Esc Enferm USP, 46(3): 720-726, 2012.

GABANI, F. L. et al. **The most uncomfortable chronic pain in primary school teachers: differential between different body regions.** Br J Pain., 1(2):151-157, 2018.

GALENDE, E. e KRAUT, A. J. **El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

GASS, E. C. Z.; DEXHEIMER, G. M.; LAWISCH, G. K. S. **Perfil dos beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social aposentados por invalidez no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2010 a 2015.** Cad. Saúde Colet., 25(3): 278-285, 2017.

GONÇALVES, A. M. e SENA, R. R. **A reforma psiquiátrica no brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Rev Latino-am Enfermagem, 9(2): 48-55, 2001.

GRAAF, R. et. al. **Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47: 1873–1883, 2012.

GRANDI, J. L. et al. **Sickness absenteeism among outsourced hygiene and cleaning workers at a university hospital in São Paulo, Brazil, 2015-2017.** Rev Bras Med Trab, 17(4): 557-566, 2019.

GREENWOOD, N et. al. **Social exclusion in adult informal carers: A systematic narrative review of the experiences of informal carers of people with dementia and mental illness.** Maturitas, volume 112: 39-45, 2018.

HAGIHARA, H. et. al. **Peripheral blood metabolome predicts mood change-related activity in mouse model of bipolar disorder.** Molecular Brain, 12: 107-116, 2019.

HANEUTH, D.; MEINEL, M.; FISHER, J. E. F. **Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors.** J Occup Environ Med., 48(1): 28-37, 2006.

HEYLMANN, N. R.; ASCARI, R. A.; SCHAFNUNES, J. F. **Profissionais da equipe de enfermagem absenteístas em um hospital universitário em Santa Catarina, brasil.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 11(3): 186-187, 2015.

JANSEN, K. et. al. **Eventos de vida estressores e episódios de humor: uma amostra comunitária.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(9): 3941-3946, 2014.

KARASEK, R. A. e THEÖRELL, T. **Healthy Work – stress, productivity, and the reconstruction of working life.** US: Basic Books, 1990.

KESHAVARZI, A. et. al. **Sexual dimorphism in up-regulation of suppressors of cytokine signaling genes in patients with bipolar disorder.** BMC Psychiatry, 19: 402-406, 2019.

KIRAN, E. et. al. **Impact of Bipolar Disorder in Employed Populations.** Am J Manag Care, 14(11): 757-764, 2008.

KIVIMÄKI, M. et al. **Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study.** BMJ., 327(7411): 364-368, 2003. DOI:10.1136/bmj.327.7411.364

KOUROS, C. D.; PAPP, L. M.; CUMMINGS, E. M. **Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships.** Journal of Family Psychology, 22: 667-677, 2008. DOI:10.1037/0893-3200.22.5.667

LAGE, R. R. et. al. **Mixed states and suicidal behavior: a systematic review.** Trends Psychiatry Psychother, 41(2): 191-200, 2019.

LAM, R. W.; MICHALAK, E. E.; YATHAM, L. N. **A new clinical rating scale for work absence and productivity: validation in patients with major depressive disorder.** BMC Psychiatry, 9(78): 1-7, 2009.

LERNER, D. et. al. **Work Performance of Employees With Depression: The Impact of Work Stressors.** American Journal of Health Promotion, 24(3): 205-213, 2010.

LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31(2): 279-288, 2015.

LIMA, M. S. **Epidemiologia e impacto social.** Rev Bras Psiquiatr, 21: SI1-SI5, 1999.

LOUKINE, L. et. al. **Health status, activity limitations, work-related restrictions and level of disability among Canadians with mood and/or anxiety disorders.** Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 36(12): 289-301, 2016.

LUCZINSKI, G. F e EWALD, A. P. **Promessas do mundo do trabalho contemporâneo e suas armadilhas – a roupa nova do imperador em tempos hipermodernos.** *Polêm!ca*, 16(3): 73-91, 2016. ISSN 1678-6971 (electronic version).

MACAIA, A. A. S. e FISCHER, F. M. **Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais.** *Saúde Soc. São Paulo*, 24 (3): 841-852, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015130569

MACHADO, A. L. S. E GOMES, A. V. M. **O direito fundamental a tratamento não discriminatório como limite para a extinção do contrato de emprego da pessoa com doença geradora de estigma ou preconceito.** *Joaçaba*, 21(2): 477-522, 2020.

MAGNAN, E. S. et al. **Desenho do Trabalho, Atitudes de Carreira e Saúde Mental em empresas de Tecnologia da Informação.** *Revista Psicologia: Organizações & Trabalho*, 20(2): 1018-1024, 2020.

MAIER, C. A. e PRIEST, J. B. **Perceived Fairness, Marital Conflict, and Depression: A Dyadic Data Analysis.** *The American Journal of Family Therapy*, 44(2): 95–109, 2016. <http://dx.doi.org/10.1080/01926187.2016.1145083>

MATTOS, E. **A mediação semiótica da “responsabilidade”: um estudo sobre a construção de valores na transição para a vida adulta.** *Rev Psicologia USP*, 27 (2): 178-188, 2016.

MESQUITA, A. A. et al. **Assédio moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde.** *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1): 3-17, 2017.

MIASSO, A. I. et. al. **Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa.** *Acta Paul Enferm*, 22(5): 624-630, 2009.

MIRANDA, C. A. C. **Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX.** *Seculum – Revista de História*, v. 31, 2014.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H; RATZKE, R. **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar.** Rev. Psiqu. Clín., 32(supl 1): 39-48, 2005.

MULINARI, S. **Monoamine Theories of Depression: Historical Impact on Biomedical Research.** Journal of the History of the Neurosciences, 21: 366–392, 2012.

MULINARI, S. **Monoamine Theories of Depression: Historical Impact on Biomedical Research.** Journal of the History of the Neurosciences, 21: 366–392, 2012.

MUSLINER, K. L. e ØSTERGAARD, S. D. **Patterns and predictors of conversion to bipolar disorder in 91 587 individuals diagnosed with unipolar depression.** Acta Psychiatr Scand, 137: 422–432, 2018.

NASCIMENTO, G. M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto [dissertação].** Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, D. M. et al. **Temporary absences from work due to mental illness and behavioural disorders in nurse professionals.** Rev Cuid., 10(2): e631, 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.631>

OLIVEIRA, H. N. et. al. **Physical violence against patients with mental disorders in Brazil: sex differences in a cross-sectional study.** Rev Psiqu. Clín., 40(5): 172-176, 2013.

OLIVEIRA, L. A. e OLIVEIRA, V. C. **Os transtornos depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental.** Psicologia E Saúde Em Debate, 4(3), 96–109, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASSOS, R. G. **Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács.** Trab. Educ. Saúde, 13(supl. 1): 11-22, 2015.

PEREIRA, A. M. L. e LIMA, L. D. S. C. **A desvalorização da mulher no mercado de trabalho.** Org. Soc., 6(5): 133-148, 2017.

POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL. **Concurso público para o provimento de vagas no cargo de escrivão de polícia da carreira de polícia civil do distrito federal.** Edital nº 1 - PCDF, 3 de dezembro de 2019.

POLÍCIA FEDERAL – PF. **Edital nº 1 – DGP/PF, de 14 de junho de 2018.**

POST, R. M. **How to prevent the malignant progression of bipolar disorder.** Braz J Psychiatry., 42(5): 552-557, 2020.

QUINELATO, H. et al. **Absenteísmo na equipe de enfermagem: um panorama geral.** Salusvita, Bauru, 39(3): 25-942, 2020.

REIS, R. J. e LA ROCCA, P. F. **Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem.** Rev Saúde Pública, 37(5): 616-723, 2003.

RICHTER, D e HOFFMANN, H. **Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey.** Epidemiology and psychiatric sciences, 28(4): 427-435, 2019.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** Editora Artmed, 11ª edição, página 347, 2017.

SANDI, R. D. e HERINGER, L. P. **A previdência social nos municípios do Semi-Árido brasileiro.** Informe de Previdência Social, 13(8): 1-16, 2001.

SANTANA, B. R. O. et al. **Depressive disorders as cause of absenteeism among public sector health care workers in Sergipe, Brazil, from 2009 to 2017.** Rev Bras Med Trab, 17(3):346-354, 2020.

SANTINI, J. H.; TOSTA, K. C. B. T.; NUNES, T. S. **Assédio moral no trabalho: as situações hostis vivenciadas por homossexuais no oeste catarinense.** Caderno de Administração, 26(2): 151-167, 2018.

SANTOS, J. C. **O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS.** Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Catálogo USP, 2013.

SANTOS, L. L. e BEZERRA, M. C. P. **"Depressão, o mal do século XXI": suas expressões relacionadas à precarização do trabalho.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Sergipe, 2017.

SANTOS, M. S. B. **O estigma da doença mental e física no mundo do trabalho.** Dissertação de Mestrado apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Social e das Organizações, 2019.

SANTOS, T. R. et al. **Perfil socioeconômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas, no Estado da Paraíba, no quinquênio 2007-2011.** Rev Bras Estud Popul., 29(2): 349-359, 2012.

SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 26(4): 1169-1187, 2019.

SHIN, C. et al. **Sickness absence indicating depressive symptoms of working population in South Korea.** J Affect Disord., 227: 443-449, 2018. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.030

SILVA, A. R. e SIME, M. M. **Barreiras e facilitadores do retorno ao trabalho após traumas ortopédicos agudos em membros superiores: uma revisão integrativa da literatura.** Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, 27(2): 426-437, 2019. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1601>

SILVA, R. A. et. al. **The relationship between insight and affective temperamento in bipolar disorder: an exploratory study.** Trends Psychiatry Psychother, 40(3): 210-215, 2018.

SIQUEIRA, D. P. e SAMPARO, A. J. F. **Os direitos da mulher no mercado de trabalho: da Discriminação de Gênero à Luta Pela Igualdade.** Revista Direito em Debate, ano XXVI, nº 48: 287-325, 2017.

SIQUEIRA, M. V. S. et al. **Homofobia e violência moral no trabalho no Distrito Federal.** O&S, 16(50): 447-461, 2009.

SOUZA, A. R. et. al. **Estresse e ações de educação em saúde: contexto da promoção da saúde mental no trabalho.** Rev. RENE., 8(2): 26-34, 2007.

SOUZA, P. C. Z. **Trabalho e Transtornos Mentais Graves: Breve Histórico e Questões Contemporâneas.** Psicologia ciência e profissão, 26 (1): 154-167, 2006.

SOUZA, T. A. A.; VIEIRA, M.; CUNHA, M. S. **Evidências sobre mudança estrutural, heterogeneidade estrutural e regional: uma análise da produtividade do trabalho brasileira no período 2004-2015.** Geosul, 35(75): 190-209, 2020.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. **Depressão e comorbidades clínicas.** Rev. Psiqu. Clín., 32(3): 149-159, 2005.

TREMBLAY, C. H. **Workplace accommodations and job success for persons with bipolar disorder.** Work, 40: 479-487, 2011.

TREVISAN, R. L. et. al. **Prevalência de transtornos do humor e de ansiedade em servidores públicos afastados.** Psicol. Pesqui., 13(2): 61-80, 2019.

UPTON, D.; SOLOWIEJ, K. e WOO, K. Y. **A multinational health professional perspective of the prevalence of mood disorders in patients with acute and chronic wounds.** International Wound Journal (INT WOUND J), 11(6): 627-635, 2014.

VALENÇA, J. B. M. e ALENCAR, M. C. B. **O afastamento do trabalho por dor lombar e as repercussões na saúde: velhas questões e desafios que continuam.** Cad. Bras. Ter. Ocup., 26(1): 119-127, 2018.

WEISSMAN, M. M.; MARKOWITZ, J. C.; KLERNAN, G. L. **Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy.** New York, NY: Basic Books, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (Br). Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 1986.

Anexo I: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa realizada. Sua colaboração neste estudo será de muita importância, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará qualquer prejuízo. O nome deste documento que você está lendo agora é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de você decidir participar, por livre e espontânea vontade, é importante que você leia e compreenda todo o conteúdo e, ao final, caso você decida participar, será solicitado que você concorde com ele. Você receberá uma cópia do documento por e-mail.

Você declara, por meio deste termo, que concorda em ser entrevistado(a) e participar da pesquisa de campo referente ao projeto intitulado Estudo sobre as repercussões laborais de portadores de Depressão Unipolar e Bipolar desenvolvido por **Thiago Tavares Borba Magalhães**, acadêmico de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Antes de concordar, você pode e deve perguntar sobre tudo que não tiver compreendido. Estamos prontos para responder suas dúvidas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo) e você pode nos contatar. Essa a pesquisa é orientada pelo **professor Me. Gustavo Carvalho de Oliveira**, a quem você poderá contatar a qualquer momento que julgar necessário através do **telefone nº 3966-1370** ou e-mail **gustavo.oliveira@ceub.edu.br** ou ainda pelo contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP – UniCEUB) pelo e-mail **cep.uniceub@uniceub.br**.

Você aceita participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. O objetivo do estudo é estritamente acadêmico, que, em linhas gerais é delinear o perfil da capacidade de trabalho, as restrições e o período de faltas no trabalho de pacientes previamente diagnosticados por profissional médico com Transtorno afetivo bipolar (tipos I e II) e Depressão Unipolar em acompanhamento ambulatorial regular.

Fui informado de que os riscos decorrentes de minha participação na pesquisa podem estar relacionados a constrangimento, desconforto ou estresse ao responder as perguntas do questionário semiestruturado e que essas podem despertar algum sentimento negativo que resulte em recaída no quadro do meu transtorno de humor. Também estou ciente de que, caso esse procedimento gere qualquer desconforto para mim, eu não preciso de realizá-lo ou concluí-lo. Por fim, fui orientado de que, com o intuito de minimizar os riscos, o questionário preenchido será guardado em bancos de dados sob poder exclusivamente do pesquisador principal, não havendo qualquer identificação dos resultados, que serão apresentados de forma agregada. Fui informado ainda de que os benefícios da pesquisa estão relacionados ao delineamento do perfil laboral de pacientes com Transtorno bipolar (tipo I e II) e Depressão Unipolar e que, dependendo dos resultados, o trabalho poderá melhorar o viés sobre os trabalhadores portadores de transtornos de humor no ambiente de trabalho.

Houve esclarecimento de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de

forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada a ser registrada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu orientador.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Brasília, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

Anexo II: Questionário

Aspectos sociodemográficos:

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Idade atual: _____
4. Naturalidade: _____
5. Procedência: _____
6. Sexo:
 - () Feminino
 - () Masculino
7. Situação conjugal:
 - () Solteira ou solteiro
 - () Namora
 - () Casada ou casado / União estável
 - () Divorciada ou divorciado
 - () Viúva ou viúvo
 - () Outro: _____
8. Escolaridade:
 - () Analfabeta ou analfabeto
 - () Ensino fundamental incompleto
 - () Ensino fundamental completo
 - () Ensino médio incompleto
 - () Ensino médio completo
 - () Ensino superior incompleto
 - () Ensino superior completo
 - () Pós-graduação
9. Raça:
 - () Parda
 - () Negra
 - () Branca

- () Amarela
() Indígena
() Outra: _____

Aspectos laborais:

10. Profissão principal: _____

11. Há quanto tempo você está no seu trabalho?

- () Menor que 1 ano.
() Entre 1 e 4 anos.
() Entre 4 e 7 anos.
() Entre 7 e 10 anos.
() Maior que 10 anos.

12. Quanto tempo de afastamento do seu trabalho já foi necessário devido ao seu transtorno de humor (soma total)?

- () 7 a 15 dias.
() 15 dias a 1 mês.
() 1 mês a 3 meses.
() 3 a 6 meses.
() 6 meses a 1 ano.
() Mais que 1 ano.

13. Quais os fatores que geraram seus afastamentos no trabalho devido ao seu transtorno de humor?

- () Estresse no trabalho.
() Relação ruim com colegas de trabalho.
() Relação ruim com colega de trabalho superior hierárquico.
() Dificuldades com dinâmica do trabalho.
() Problemas pessoais (família, amigos).
() Outros: _____

14. Houve necessidade de readaptação ao trabalho?

- () Sim.
() Não.

15. Seu trabalho possui políticas de rastreio para risco de desenvolver transtornos de humor?

- () Sim.
() Não.

16. Seu trabalho possui políticas de promoção à saúde mental?

() Sim.

() Não.

17. Horas semanais trabalhadas:

() Até 20 horas.

() Entre 21 e 40 horas.

() Entre 41 e 60 horas.

() Entre 61 e 80 horas.

() Mais de 80 horas.

18. Você possui mais de um vínculo trabalhista?

() Sim

() Não

Aspectos psicossociais:

19. Gênero:

() Mulher

() Homem

20. Orientação sexual:

() Pansexual

() Homossexual.

() Bissexual.

() Heterossexual.

() Assexual.

() Outra: _____

21. Como você considera sua saúde mental hoje?

() Muito ruim

() Ruim

() Regular

() Boa

() Muito boa

22. Como você considera sua capacidade de trabalhar hoje?

() Muito ruim

() Ruim

() Regular

() Boa

() Muito boa

23. Como você considera sua produtividade no trabalho hoje?

() Muito ruim

() Ruim

() Regular

() Boa

() Muito boa

50

24. Como você classificaria a sua satisfação com o seu trabalho atual?

() Nenhuma satisfação.

() Pouca satisfação.

() Satisfação regular.

() Muita satisfação.

() Satisfação total.

25. Como você classificaria sua relação com seus colegas de trabalho?

() Péssima.

() Ruim.

() Regular

() Boa

() Ótima

26. Como você classificaria sua relação com a sua chefia?

() Péssima.

() Ruim.

() Regular

() Boa

() Ótima

27. Você sente algum tipo de preconceito no trabalho relacionado à sua orientação sexual?

() Sim.

() Não.

() As pessoas no trabalho não sabem minha orientação sexual.

28. Você sente algum tipo de preconceito no trabalho relacionado à sua raça/etnia?

() Sim.

() Não.

29. Você sente algum tipo de preconceito no trabalho relacionado ao seu gênero?
- () Sim.
- () Não.
30. Você sente algum tipo de preconceito no trabalho relacionado ao seu transtorno de humor?
- () Sim.
- () Não.
- () As pessoas no trabalho não sabem do meu transtorno de humor.